

Prévention du cancer colorectal: mise à jour des directives*

S.J. Winawer,¹ D.J. St.John,² J.H. Bond,³ P. Rozen,⁴ R.W. Burt,⁵ J.D. Wayne,⁶ O. Kronborg,⁷ M.J. O'Brien,⁸ D.T. Bishop,⁹ R.C. Kurtz,¹⁰ M. Shike,¹¹ S.V. Swaroop,¹² B. Levin,¹³ P. Fruhmorgen,¹⁴ & H.T. Lynch¹⁵

Des données de qualité récemment publiées sont à l'origine de cette mise à jour. Elles proviennent d'études récentes parmi lesquelles figurent des essais randomisés, des études de cohortes non randomisées et des études cas-témoins; le critère de jugement était dans certaines de ces études la réduction de la mortalité. Les présentes directives, mises au point par le Centre collaborateur OMS pour la prévention du cancer colorectal situé au Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, conjointement avec un Comité consultatif international, s'appliquent à la prévention primaire, au dépistage des sujets à risque moyen et de ceux que des facteurs héréditaires prédisposent au cancer colorectal, à la surveillance des sujets porteurs de polypes rectocoliques et de ceux atteints de rectocolite hémorragique chronique. On trouvera la liste des articles qui ont servi à cette mise au point, notamment les essais récemment publiés sur l'évaluation des tests de recherche de sang occulte dans les selles, les études cas-témoins sur la sigmoïdoscopie, la National Polyp Study et les études sur le cancer du côlon familial. Ces directives devraient permettre d'informer les malades et d'aider les médecins à mettre en pratique la prévention du cancer colorectal.

* Centre collaborateur OMS pour la prévention du cancer colorectal, Gastroenterology and Nutrition Service, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, 1275 York Avenue, New York, NY 10021, Etats-Unis d'Amérique. (Tirés à part.) L'article original est paru en anglais dans le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1995, 73(1): 7-10.

¹ Laboratory for Gastrointestinal Cancer Research, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, Etats-Unis d'Amérique.

² Department of Gastroenterology, Royal Melbourne Hospital, Parkville, Victoria, Australie.

³ Gastroenterology Section, Veterans Administration Hospital, Minneapolis, MN, Etats-Unis d'Amérique.

⁴ Service de gastro-entérologie, Centre médical de Tel Aviv, Tel Aviv, Israël.

⁵ Medical Services, Veterans Administration Medical Center, Salt Lake City, UT, Etats-Unis d'Amérique.

⁶ Endoscopy Unit, Mount Sinai Medical Center, New York, Etats-Unis d'Amérique.

⁷ Service de chirurgie gastro-entérologique, Centre hospitalier universitaire d'Odense, Odense, Danemark.

⁸ Mallory Institute of Pathology, Boston, MA, Etats-Unis d'Amérique.

⁹ Genetic Epidemiology Laboratory, Imperial Cancer Research Fund, Leeds, Angleterre.

¹⁰ GI Endoscopy Unit, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, Etats-Unis d'Amérique.

¹¹ Nutrition Section, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, Etats-Unis d'Amérique.

¹² Division of Medical Gastroenterology, Tata Memorial Hospital, Bombay, Inde.

¹³ Department of Gastrointestinal Oncology and Digestive Diseases, Anderson Cancer Center, San Antonio, TX, Etats-Unis d'Amérique.

¹⁴ Clinique médicale I, Centre hospitalier de l'Université d'Heidelberg, Ludwigsburg, Allemagne.

Tiré à part N° 5579

Introduction

Cette mise à jour des directives de travail de l'OMS relatives à la prévention du cancer colorectal repose sur les données cliniques et statistiques actuelles et est susceptible d'être modifiée au fur et à mesure que de nouvelles données apparaîtront. Les données utilisées ici n'ont pas toutes la même valeur et ne proviennent pas du même type d'études: essais contrôlés randomisés, études d'observation, essais cas-témoins et essais contrôlés non randomisés. Les données les plus solides montrent l'efficacité du dépistage des sujets à risque moyen par la recherche de sang occulte dans les selles et la sigmoïdoscopie, et celle de la polypectomie par coloscopie. Cette mise à jour a été réalisée par un groupe de travail de l'OMS, puis adressée au Comité consultatif international du Centre collaborateur OMS pour la prévention du cancer colorectal.^a Les directives antérieures de

¹⁵ Department of Preventive Medicine and Public Health, Creighton University, Omaha, NB, Etats-Unis d'Amérique.

^a Les 15 auteurs de cet article font partie du Comité consultatif international, avec également: J.-P. Bader, N.N. Blinov, A. Cohen, P. Correa, M. Crespi, G. DuBois, D.M. Eddy, B.J. Flehinger, M. Fleisher, P. Fric, E. Friedman, R. Gnauck, L.S. Gottlieb, K. Goulston, N. Hadzic, J.D. Hardcastle, M.J. Hill, D.P. Kelsen, J.F. Kerner, J. Kewenter, S. Kobayashi, A. Kulakowski, R. Lambert, L.D. Leffall, C.J. Lightdale, M. Lipkin, G. Maltoni, D.G. Miller, B. Morson, P.C. Prorok, R.E. Rakel, B.S. Reddy, C. Reich, B.P. Robra, D. Schottenfeld, M.H. Skolnick, L.H. Sobin, S.S. Sternberg, E.T. Stewart, J. Stroehlein, C. Urmacher, V. Varro, U. Veronesi, J.J. Villalobos et A.G. Zauber.

l'OMS relatives à la prévention primaire, aux sujets porteurs de polypes, et aux parents de sujets atteints de cancer colorectal, ont été révisées pour tenir compte des données récentes. Les directives relatives aux sujets à risque moyen n'ont pas nécessité de révision importante; des données nouvelles viennent toutefois confirmer leur bien-fondé. En ce qui concerne les directives relatives aux sujets atteints de rectocolite hémorragique, aucune révision marquante n'a été nécessaire.

Ces directives visent à informer les malades, à aider les médecins à prendre en charge ces derniers et à encourager les bonnes pratiques médicales. Le médecin doit en tenir compte dans son appréciation générale du problème de chaque malade, de l'histoire naturelle et des risques de la maladie, des avantages perçus du dépistage, du coût/efficacité de l'opération, des ressources disponibles, et de l'acceptation par les malades. Il appartient finalement au médecin de fonder sa pratique clinique sur un jugement solide, en ayant tenu compte des facteurs qui précèdent dans la mesure où ils s'appliquent au patient.

Directives recommandées

Pour la prévention primaire du cancer colorectal

Les directives qui suivent sont destinées à la prévention primaire du cancer colorectal chez des sujets exposés à un risque moyen ou élevé.

1. La consommation de graisses doit être faible et ne pas dépasser 20% de l'apport calorique total. On réduira à la fois les graisses animales et les graisses végétales.
2. Le régime alimentaire doit être équilibré. Il doit comprendre quotidiennement au moins 5 à 8 portions de fruits, légumes, féculents, céréales entières et pain complet, de façon à assurer un apport suffisant en fibres, en vitamines et autres éléments ayant des effets potentiellement anticancérogènes.
3. L'apport en fibres alimentaires, toutes sources confondues, doit être d'au moins 25 g par jour.
4. La consommation d'un excédent de calories et la surcharge pondérale doivent être évitées.
5. Eviter de fumer.
6. L'exercice physique sera introduit dans les activités quotidiennes (pour les courtes distances aller à pied plutôt qu'en voiture, monter les escaliers au lieu de prendre l'ascenseur).

Pour le dépistage chez les sujets à risque moyen

Les directives qui suivent visent à diminuer le risque de cancer colorectal chez les sujets exposés à un risque moyen.

1. Il faut inciter les hommes comme les femmes à faire faire des bilans de santé préventifs.
2. Devant des symptômes évocateurs d'une tumeur colorectale procéder à une recherche diagnostique et non au dépistage.
3. On évaluera le risque chez les sujets asymptomatiques, afin d'éliminer syndromes héréditaires, entérite ou antécédents d'adénomes ou de cancer colorectal, qui doivent faire l'objet d'une surveillance individualisée, conformément aux directives relatives aux sujets à haut risque.
4. Même en l'absence de facteurs de risque, les hommes et les femmes asymptomatiques qui demandent un bilan devront avoir à partir de 50 ans une recherche de sang occulte dans les selles une fois par an, et un toucher rectal et une sigmoïdoscopie souple tous les 3 à 5 ans.
5. Lorsque la recherche de sang occulte est positive, il faut soumettre le patient à un examen complet du côlon, par coloscopie ou par sigmoïdoscopie souple et lavement baryté en double contraste. La coloscopie est préférable.
6. Ces examens doivent être réalisés dans le cadre des mesures d'ensemble de la prévention primaire et secondaire applicable aux sujets ayant demandé un bilan de santé.

Pour le dépistage chez les parents de sujets atteints de cancer colorectal

Les directives qui suivent visent à diminuer le risque d'apparition d'un cancer colorectal chez des parents au premier degré (parents, fratrie, enfants) exposés à un risque accru en raison d'un antécédent familial de cancer colorectal.

1. Les parents au premier degré des sujets atteints d'un cancer du côlon doivent au minimum être soumis au dépistage réservé aux sujets à risque moyen à partir de 35-40 ans au plus tard (soit une recherche de sang occulte dans les selles par an), un toucher rectal et une sigmoïdoscopie tous les 3 à 5 ans; cette dernière est particulièrement indiquée si le cas indicateur a été diagnostiqué avant 55 ans, ou si au moins deux parents au premier degré sont atteints d'un cancer du côlon.

2. La présence de polypes adénomateux chez des parents au premier degré et d'un cancer du côlon chez des parents au second degré ajoute au risque familial de cancer du côlon.

3. Les syndromes héréditaires (polyadénomatoïse familiale essentielle ou cancer colorectal non polypoïde héréditaire) doivent être envisagés chaque fois que l'on diagnostique un cancer du côlon chez un parent avant 40 ans, ou chaque fois qu'il y a au moins trois membres d'une famille atteints d'un cancer du côlon. Il peut s'agir de parents au premier ou au second degré même si plus la famille est élargie, plus la probabilité d'avoir par hasard des agrégats de cas de cancer du côlon est grande.

Pour la surveillance des sujets porteurs de polypes colorectaux

Les directives suivantes visent à diminuer le risque de cancer colorectal chez les sujets exposés à un risque accru en raison de la présence de polypes adénomateux.

1. Un polype découvert par coloscopie ou lavement baryté doit être retiré pour subir un examen anatomopathologique et être classé suivant les critères de l'Organisation mondiale de la Santé. Les petits polypes ($\leq 0,5$ cm) découverts à la sigmoïdoscopie doivent faire l'objet d'une biopsie. Une coloscopie complète est indiquée en cas d'adénomes, quelle que soit leur taille.

2. La polypectomie sera accompagnée d'une coloscopie complète afin de déceler et d'éliminer tous les polypes synchrones. Des examens complémentaires peuvent être nécessaires après exérèse d'un polype sessile de grande taille, de nombreux polypes ou d'un polype avec cancer invasif.

3. En ce qui concerne le gros intestin, les termes de carcinome *in situ* et de carcinome intramuqueux sont à éviter en clinique car ils peuvent conduire à un traitement excessif. On leur préférera le terme de dysplasie de haut grade. Les adénomes à dysplasie de haut grade dont on réalise l'exérèse complète n'imposent pas une résection chirurgicale de l'intestin en complément de la polypectomie totale. Les polypes avec un cancer peu différencié, ou qui touchent des espaces lymphatiques ou vasculaires, ou encore qui s'étendent à la ligne d'électrocoagulation, sont en général du ressort de la chirurgie mais on étudiera chaque cas séparément. Les polypes rectaux présentant un cancer invasif ayant ces caractéristiques peuvent en général être d'abord traités par une excision locale trans-anale après polypectomie. La prise en charge complémentaire (radiothérapie, inter-

vention chirurgicale, imagerie et suivi endoscopique) sera fonction de chaque patient et dépendra de la pathologie et de l'exérèse (complète ou non).

4. La plupart des patients ayant eu des adénomes doivent faire l'objet d'une surveillance, la première coloscopie de contrôle devant avoir lieu 3 ans après le nettoyage complet du côlon, de façon à déceler et à retirer les adénomes synchrones passés inaperçus et les adénomes apparus ultérieurement (métachrones). On peut ensuite pratiquer des examens de contrôle complémentaires plus espacés, environ tous les 5 ans, en particulier si la première coloscopie de contrôle a été négative. Certains patients devront faire l'objet d'un suivi personnalisé: par exemple, un polype avec cancer invasif, un important adénome sessile ou de nombreux adénomes à la première coloscopie, imposent des examens plus fréquents, tandis qu'un petit adénome tubulaire unique peut ne demander que des examens de contrôle plus espacés, voire aucun.

Pour la surveillance des patients atteints de rectocolite hémorragique chronique

Les directives qui suivent visent à réduire le risque de cancer colorectal chez les sujets atteints de rectocolite hémorragique chronique.

1. Commencer des coloscopies de surveillance chez les sujets symptomatiques depuis 8 ans atteints de pan-colite (allant au moins jusqu'à l'angle droit du côlon), ainsi que chez ceux atteints de rectocolite gauche (atteinte plus distale) depuis 12 à 15 ans.

2. Renouveler les coloscopies de surveillance tous les 1 à 2 ans. On pratiquera sur toute la longueur du côlon des biopsies de muqueuse dont l'aspect est normal, tous les 10 à 12 cm.

3. Pratiquer plusieurs biopsies dans les régions où la muqueuse présente des irrégularités ou des lésions en plaque; des biopsies et les prélèvements obtenus par brossage doivent être réalisés au niveau des rétrécissements.

4. Demander confirmation auprès d'un anatomopathologiste expérimenté.

5. Si les biopsies sont négatives ou que la dysplasie est indéterminée, poursuivre la surveillance tous les 1 à 2 ans.

6. Devant une dysplasie de bas grade, il est conseillé de faire un contrôle trois à six mois plus tard. La colectomie est indiquée: a) en cas de lésion macroscopique avec dysplasie sus-jacente de bas grade; b) en cas de dysplasie de bas grade multifocale; et

c) éventuellement, en cas de dysplasie de bas grade unifocale et persistante, présente à plusieurs reprises.

7. Devant une dysplasie franche de haut grade, la colectomie est indiquée.

8. Chez le malade atteint depuis au moins 8 ans de rectocolite hémorragique difficile à traiter, envisager également le risque de cancer lorsque l'on s'interroge sur le bien-fondé d'une colectomie.

Bibliographie

Articles de l'OMS

Burt RW et al. Risk and surveillance of individuals with heritable factors for colorectal cancer. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1990, **68**(5): 655–665 (résumé en français).

Levin B et al. Surveillance of patients with chronic ulcerative colitis. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1991, **69**(1): 121–126 (résumé en français).

Shike M et al. Primary prevention of colorectal cancer. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1990, **68**(3): 377–385 (résumé en français).

Winawer SJ. International collaboration for the prevention of colorectal cancer. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1990, **68**(3): 373–375 (résumé en français).

Winawer SJ et al. Risk and surveillance of individuals with colorectal polyps. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1990, **68**(6): 789–795 (résumé en français).

Winawer SJ et al. Screening of average-risk individuals for colorectal cancer. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1990, **68**(4): 505–513 (résumé en français).

Autres articles récents

Atkin WS, Morson BC, Cuzick J. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas. *New Engl. j. med.*, 1992, **326**: 658–662.

Bond JH and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Polyp guidelines: diagnosis treatment and surveillance for patients with non-familial colorectal polyps. *Ann. int. med.*, 1993, **119**: 836–843.

Bonelli L et al. Family history of colorectal cancer as a risk factor for benign and malignant tumours of the large bowel: a case-control study. *Int. j. cancer*, 1988, **41**: 513–517.

Brown ML. Letter to the Editor. *New Engl. j. med.*, 1993, **329**: 1352–1353.

Burt RW et al. Risk of colonic adenomatous polyps in first-degree relatives of individuals with adenomas. *Gastroenterology*, 1991, **100**(5)[2]: A352.

Choi PM et al. Colonoscopic surveillance reduces mortality from colorectal cancer in ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 1993, **105**: 418–424.

Eddy DM et al. Screening for colorectal cancer in a high-risk population: results of a mathematical model. *Gastroenterology*, 1987, **92**: 682–692.

Faivre J et al. Participation in mass screening for colorectal cancer: results of screening and rescreening from the Burgundy study. *Europ. j. cancer prev.*, 1991, **1**: 49–55.

Giovannucci E et al. A prospective study of cigarette smoking and risk of colorectal adenoma and colorectal cancer in U.S. men. *J. Nat. Cancer Inst.*, 1994, **86**: 183–191.

Giovannucci E et al. A prospective study of cigarette smoking and risk of colorectal adenoma and colorectal cancer in U.S. women. *J. Nat. Cancer Inst.*, 1994, **86**: 192–199.

Hardcastle JD et al. Randomized controlled trial of fecal occult blood screening for colorectal cancer. The results of the first 107 349 subjects. *Lancet*, 1989, **1**: 1160–1164.

Jass JF, Sobin LH. *Histological typing of intestinal tumours*. 2^e édition (Classification histologique internationale des tumeurs de l'OMS). Berlin, Springer-Verlag, 1989 (non traduit).

Joergensen OD, Kronborg O, Fenger C. The Funen adenoma follow-up study: characteristics of patients and initial adenomas in relation to severe dysplasia. *Scand. j. gastroenterol.*, 1993, **28**: 239–243.

Joergensen OD, Kronborg O, Fenger C. The Funen adenoma follow-up study: incidence and death of colorectal carcinoma in an adenoma surveillance program. *Scand. j. gastroenterol.*, 1993, **28**: 869–874.

Kewenter J et al. Screening and rescreening for colorectal cancer: a controlled trial of fecal occult blood testing in 27 700 subjects. *Cancer*, 1988, **62**: 645–651.

Kronborg O et al. Causes of death during the first 5 years of a randomized trial of mass screening for colorectal cancer with fecal occult blood test. *Scand. j. gastroenterol.*, 1992, **27**: 47–52.

Lennard-Jones JE et al. Precancer and cancer in extensive ulcerative colitis: findings among 401 patients over 22 years. *Gut*, 1990, **31**: 800–806.

Levin B, Murphy G. Revision in American Cancer Society recommendations for the early detection of colorectal cancer. *CA: Cancer journal for clinicians*, 1992, **42**(5): 296–299.

Maire P et al. Familial prevalence of colorectal cancer: a 3-year case-control study. *Gastroenterol. clin. biol.*, 1984, **8**: 22–27.

Mandel JS et al. Reduction in the mortality for colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *New Engl. j. med.*, 1993, **328**: 1365–1371.

Newcomb PA et al. Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. *J. Nat. Cancer Inst.*, 1992, **84**(20): 1572–1575.

Ponz de Leon M et al. Incidence and familial occurrence of colorectal cancer and polyps in a health care district of northern Italy. *Cancer*, 1987, **60**: 2848–2859.

Selby JV et al. A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. *New Engl. j. med.*, 1992, **326**: 653–657.

Selby JV et al. Effect of fecal occult blood testing on mortality from colorectal cancer. *Ann. int. med.*, 1993, **118**: 1–6.

St. John DJB et al. Cancer risk in relatives of patients with common colorectal cancer. *Ann. int. med.*, 1993, **118**: 785–790.

Wahrendorf J et al. Effectiveness of colorectal cancer screening: results from a population-based case-control evaluation in Saarland, Germany. *Europ. j. cancer prev.*, 1993, **2**: 221–227.

Winawer SJ et al. Genetic epidemiology of colorectal cancer: relationship of familial colorectal cancer risk to adenoma proband age and adenoma characteristics. *Gastroenterology*, 1992, **102**(4)[2]: A 409.

Winawer SJ et al. Screening for colorectal cancer with

fecal occult-blood testing and sigmoidoscopy. *J. Nat. Cancer Inst.*, 1993, **85**(16): 1311–1318.

Winawer SJ et al. Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps. *New Engl. j. med.*, 1993, **328**: 901–906.

Winawer SJ et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. *New Engl. j. med.*, 1993, **329**: 1977–1981.